La dermatologie chez les nourrissons

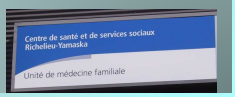
Il y a des lésions cutanées physiologiques et pathologiques

Qu'en est-il au juste?

Jean-Jacques Turcotte, m.d., pédiatre
CSSS Richelieu-Yamaska

Hôpital Honoré-Mercier

CHU Sainte-Justine
25 septembre 2010



- Les nouveau-nés quittent le Centre Mère/Enfant tôt;
- Les parents, l'infirmière du virage ambulatoire observent des anomalies cutanées, la plupart physiologiques et certaines pathologiques;
- Le médecin est consulté. Il doit répondre aux questions, rassurer et parfois établir un plan de traitement.

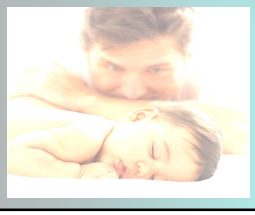
Qu'en est-il au juste?

Il est possible que les lésions apparaissent une fois rendus au domicile.

Les parents sont-ils indifférents ?

Les parents portent spontanément leur regard sur la peau de leur nouveau-né.

Ils s'inquiètent de tout ce qui leur semble être une anomalie.



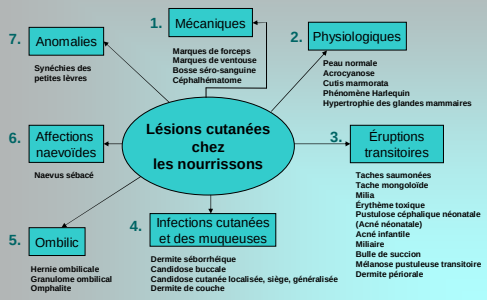
Comment mieux répondre à leurs interrogations et surtout… les rassurer ?

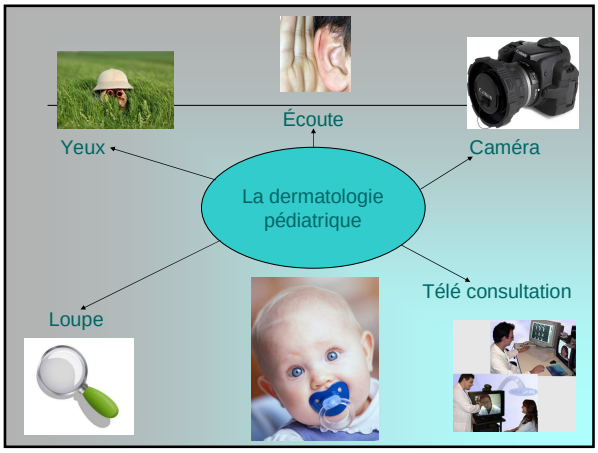
Objectifs

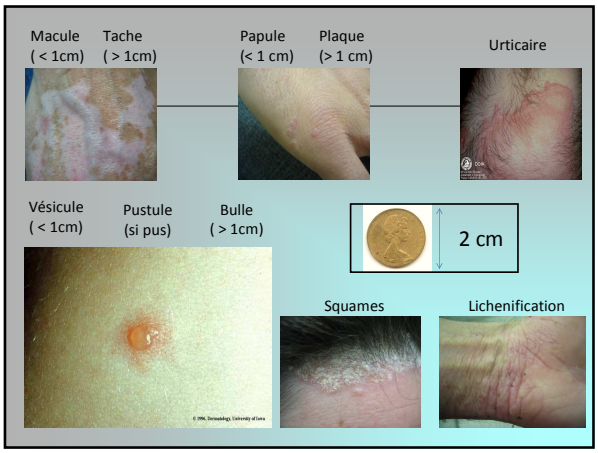
Au terme de la présentation,
le(la) participant(e) sera en mesure de :

- réviser un certain nombre de lésions : mécaniques, physiologiques, transitoires et naevoïdes
- rassurer les parents sur l'évolution de ces lésions
- préciser certaines lésions infectieuses et inflammatoires
- recommander un traitement approprié

Dermatologie chez les nourrissons
Plan







Les lésions mécaniques

Lésions cutanées chez les nouveau-nés

Mécaniques

- Marques de forceps
- Marques de ventouse
- Bosse séro-sanguine
- Céphalhématome

Quoi dire ?

- Ne pas créer de fausses attentes
  « Ne pas trop promettre »

Quoi faire ?

- Se garder une bonne marge de manœuvre (disparaîtra dans à peu près…)

Forceps…
Ventouse…
Bosse séro-sanguine…
Céphalématome…

Marques de forceps

- Régions des joues, des maxillaires
- Disparaît en 1 ou 2 jours
- Complications:
  - rares
  - nécrose graisseuse sous-cutanée
  - paralysie faciale transitoire

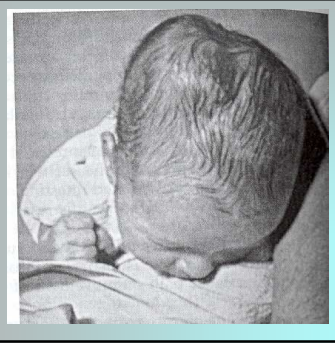
Marques des ventouses

- Moins traumatiques pour le fœtus
- Complications fœtales :
  - abrasions
  - céphalématomes
  - hémorragies intracérébrales
- Cèdent automatiquement quand la traction est trop élevée

Bosse séro-sanguine
Caput succédanéum

- Tuméfaction, œdème, hémorragie du cuir chevelu
- Chevauche sutures
- Conséquence de pression sur la voûte crânienne
- Présentation du bébé
- Forceps
- Ventouse
- Disparaît spontanément en quelques jours

Céphalématome



- Épanchement de sang sous le périoste
- Ne déborde pas les sutures
- Masse pariétale, molle, fluctuante, lyse et résorption incomplète
- Hématome se calcifie
- Déformation temporaire du crâne
- Diminue en 6 à 8 semaines

En résumé

	Disparition
Forceps →	2 jours
Ventouse →	Quelques jours
Bosse séro-sanguine →	Quelques jours
Céphalématome →	Diminue en 6 à 8 semaines

Les lésions physiologiques

Lésions cutanées chez les nouveau-nés

Physiologiques

- Peau normale
- Acrocyanose
- Cutis marmorata
- Phénomène Harlequin
- Hypertrophie des glandes mammaires

Changements vasculaires
Acrocyanose

- Mains
- Pieds
- Lèvres, parfois
- Premières heures de vie
- Pauvre développement de la circulation des capillaires de la peau
- Un plus haut taux d'hémoglobine réduite au niveau des capillaires de la peau

Cutis marmorata

7 %

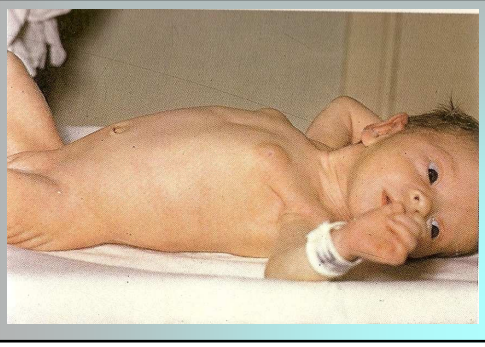
- Peau marbrée, aspect réticulé bleuté violacé causé par vasoconstriction-vasodilatation variable
- Chez le nouveau-né, réaction physiologique en réponse au froid
- Phénomène localisé principalement au niveau du tronc et des extrémités
- Disparaît en général spontanément au cours de la première année de vie

Syndrome ou phénomène d'Harlequin

Syndrome ou phénomène d'Harlequin

10 %

- Changement bénin de la peau dû à une instabilité vasomotrice par exemple : (cutis marmorata) touchant un hémicorps
- Varie selon la position de l'enfant
- Démarcation rouge foncé sur la moitié du corps
- Rouge foncé, côté couché et pâle, côté opposé; durée de 1 à 30 minutes
- Immaturité des centres hypothalamiques
- Durée de quelques minutes à 30 minutes
- Nouveau-né de petit poids



Gynécomastie : hypertrophie mammaire

- Habituellement bilatérale
- Élévation de stéroïdes endogènes circulant en fin de gestation
- Parfois écoulement par les mamelons de « lait de sorcière »
- Manipulations répétées peuvent exacerber
- Parfois associée à une mastite à staphylocoques nécessitant des antibiotiques

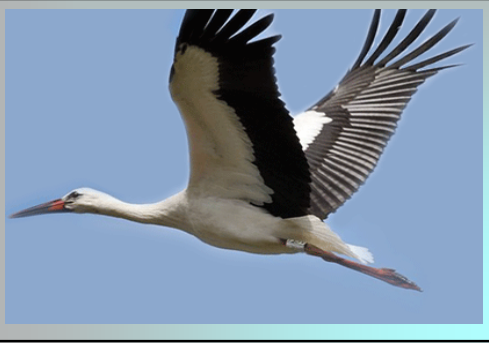
Les éruptions transitoires

Lésions cutanées chez les nouveau-nés

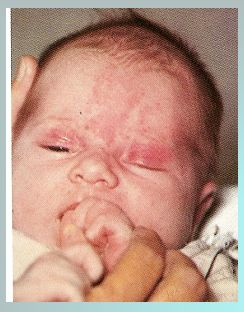
Éruptions transitoires

- Tache saumonée
- Tache mongoloïde
- Milia
- Érythème toxique
- Acné néonatale
- Acné infantile
- Miliaire
- Bulle de succion
- Mélanose pustulaire transitoire
- Dermite périorale

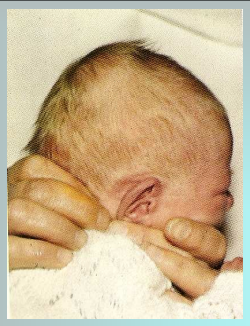
La cigogne



Baiser de l'ange : c'est un Naevus Flammeus



Morsure de la cigogne

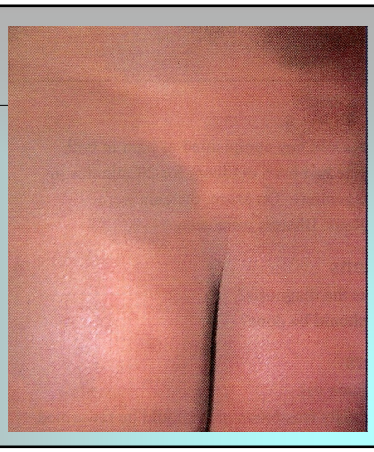


Tache saumonée / Salmon Patch
(naevus flammeus, baiser de l'ange)

1 bébé sur 2

- De couleur rosée pâle, ce naevus blanchit avec vitropression et présente un contour irrégulier
- Malformation vasculaire représentée par de petits capillaires dilatés superficiels

- Localisée au niveau de la **base du cou** (80 %), de la **glabelle**, du **front** des **paupières supérieures, ailes du nez**
- Variante de la normale retrouvée chez 20 à 40 %, plus ou moins 1 sur 2 des nouveau-nés, quelle que soit la race
- Tend à s'atténuer à l'intérieur de la première année de vie et peut devenir plus apparente quand l'enfant pleure, crie ou s'excite
- Aucun traitement



Tache mongoloïde

- Lésion maculeuse bénigne, plus ou moins circonscrite, bleutée à noirâtre
- Localisée surtout au niveau de la région lombosacrée, des fesses et des épaules, mais peut toucher les extrémités
- Grandeur 1-10 cm, unique ou multiple
- Se retrouve chez :
  - 90 % des enfants noirs
  - 81 % des enfants asiatiques
  - 70 % des enfants d'Amérique du sud
  - 9,6 % des enfants blancs
- Persiste à l'âge adulte ou disparaît avant l'âge de 13 ans

	Disparition	Traitement
Taches saumonées Baiser de l'ange	pâlissent : • à un an dans 95% des cas • à 3 ans dans 100% des cas	aucun
Taches mongoloïdes	• entre 2 à 6 ans ou entre 7 à 13 ans • à la puberté	aucun

Changement kystique des glandes sébacées Milia (de la grosseur d'un grain de millet)

- Papules blanches ou jaunâtres de 1-2 mm, non pustuleuses
- Microkystes
- 45 % des bébés à terme
- Joues, ailes du nez, front, plis nasolabiaux
- Disparaissent en quelques semaines, maximum 2 mois
- Perles d'Ebstein (palais dur)
  - 85 % des nouveau-nés
- Perles de Bohn (gencives) : se rompent tôt

Maladie vésiculo-pustuleuse, Érythème toxique ou Érythema toxicum ou Urticaria neonatorum (Seul, le nom est toxique)

- Éruption bénigne
- Macules, papules, pustules érythémateuses
- Parfois sur tout le corps
- 30 à70 % des nouveau-nés, très fréquent, 3, 5, 7 sur 10
- Apparaît entre 24 et 48 heures de vie
- Disparaît en quelques heures ou jours (10 – 14 jours)
- Cause : ?
- Aucun traitement
- À différencier de l'herpès et de l'impétigo

Acné du nouveau-né (acné neonatorum)

Terme devrait être remplacé par Pustulose céphalique néonatale

- Apparaît entre 2 semaines et 3 mois, chez 20% des nouveaux-nés
- Causée par la stimulation hormonale des glandes sébacées (androgènes), lien avec MALASSÉZIA (levure)
- Lésions de différents aspects: papules, pustules, pas de comédons
- Localisée au niveau des joues (+++), du front, du menton, du thorax supérieur, du dos et du cuir chevelu
- Résolution spontanée vers 4-8 semaines peut persister pendant plusieurs mois (jusqu'à 8 mois)

AUTO-RÉSOLUTIF

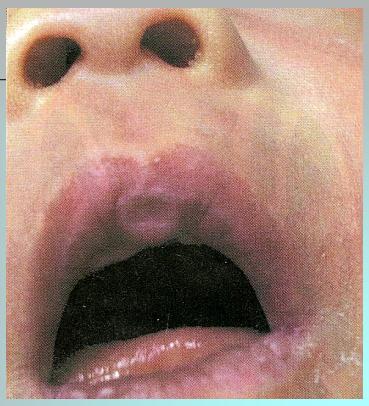
Rarement d'anti-inflammatoire ou d'anti-fongique

Acné infantile

- 3 mois à 5 ans / avant 2 ans
- Excès androgènes / hypersensibilité aux androgènes temporaire (sécretion accrue de LH: testostérone)
- Papules, pustules, comédons, kystes
- Rarement associée à endocrinopathies
- Bilan hormonal et âge osseux si:
  - Acné sévère et progressant rapidement
  - Signes de virilisation
  - Courbe de croissance accélérée
  - Débute après 2 ans et avant 7-8 ans
- Tx: clindamycine, érythromycide, peroxyde benzole, acide rétinoïque, érythromycine systémique, isotrétinoïne

Maladies vésiculo-pustuleuses Miliaire Sudoral (Milaria) (boutons de chaleur, Heat rash Prickly-Heat)

- Vésicules claires, fragiles
- Blocage superficiel des glandes eccrines
- Provoqué par la chaleur
- Papules érythémateuses, si blocage profond:
  - Miliaire rouge (Prickly heat, boutons de chaleur de 1 à 3 mm)
  - Miliaire cristallina (sudomina), petite vésicule cristalline
- Abaisser la température et l'humidité ambiante



Maladies vésiculo-pustuleuses
Bulles de succion

- Transitoire
- Lèvres
- Doigts
- Avant-bras
- Secondaire à succion in utero
- À différencier d'épidermolyse bulleuse et d'aplasie cutis

Mélanose pustuleuse néonatale transitoire

- Désordre bénin d'étiologie inconnue, la mélanose est présente à la naissance chez 0,2 à 4 % des nouveau-nés
- Plus fréquent chez les enfants de race noire. L'éruption disparaît en 24-48 heures laissant des macules pigmentées qui prennent 3 semaines à 3 mois à disparaître
- Lésions vésiculo-pustuleuses de 1-2 mm avec ou sans collerette squameuse périphérique contenant un liquide stérile, riche en neutrophiles
- Localisée surtout au niveau du tronc et de la racine des membres
- Aucun traitement

Dermite périorale (lip-licker's dermatitis)

- C'est une dermite de contact irritative
- Changement eczémateux autour de la bouche causé par la répétition du léchage des lèvres (humidifier et assécher)
- Traitement : cesser l'habitude, crème barrière et/ou stéroïdes topiques

Les infections cutanées et des muqueuses

Lésions cutanées chez les nouveau-nés

→ Infections cutanées et des muqueuses

- Dermite séborrhéique
- Candidose buccale
- Candidose cutanée localisée (siège) généralisée
- Dermite de couche

Dermite séborrhéique cutanée

- Entre 3e et 8e semaine
- Malassézia furfur, évoqué comme agent causal possible
- Peut être une éruption érythémato-squameuse se présentant souvent sous forme de squames jaunâtres graisseuses
- Localisée au niveau du visage, du cuir chevelu, des sourcils
- Rétro-auriculaire siège (périnée), tronc, plis de flexion. Peu ou pas de prurit
- Localisée aux régions séborrhéiques ou rarement généralisée
- Le traitement inclus : l'huile, un corticostéroïde topique et/ou un shampooing antiséborrhéiques
- Diagnostic différenciel :
  - Psoriasis
  - Dermite atopique
  - Dermatophytose
  - Candidose
  - Infection secondaire bactérienne

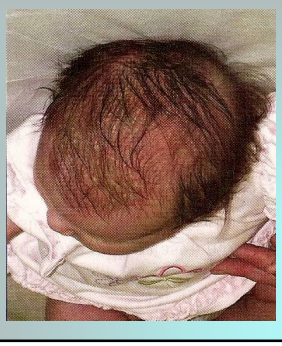
Traitement

- Corticoïde topique
  - Puissance faible : Hydrocortisone 1 %
  - Puissance modérée : HydroVal 0,2 %
- Protopic 0,03 % onguent (1)
- Élidel crème (2)
- Si insuccès :
  - Kétoconazole 2 % crème Kétoderme (3)

(1) et (2) après induction réussie avec corticoïdes et ≥ 2 ans

(3) Malassézia ?

Dermite séborrhéique du cuir chevelu



Traitement de dermite séborrhéique du cuir chevelu chez le nourrisson (chapeau, croûtes de lait, craddle)

- Mesures préventives :
  - Laver les cheveux et le cuir chevelu du nourrisson avec un shampooing doux 2 à 3 fois par semaine et rincer abondamment

Étape 1

- Dans les cas **légers** :
  - Appliquer un lubrifiant, de l'huile d'amande ou de l'huile minérale, pour ramollir les croûtes et laisser agir pendant quelques heures
  - Utiliser un peigne fin ou une brosse souple et douce pour éliminer les croûtes (brosse à dents souple)
  - Laver la tête à l'aide d'un shampooing antiséborrhéique : Sébulex ou Selsun (sulfure de sélénium) 2 à 3 fois par semaine. Rinçage abondant.

Étape 2

Si insuccès ou cas sévère :

Possibilité d'inflammation et/ou de surinfection avec Malassézia

- Shampoing antifongique, Kétoconazole (Nizoral)(1), 5 à 10 ml sur le cuir chevelu mouillé, faire mousser, laisser 5 à 10 minutes puis rincer à l'eau, 2 fois par semaine pour 2 à 4 semaines (12 ans et +). Attention aux yeux !
- Hydrocortisone 1 % lotion, matin et soir (faible puissance)
- Élocom lotion, au coucher, 1 fois/jour (puissance moyenne)

(1) Tout en évoquant la possibilité du Malassézia furfur. Protopic ou Élidel si ≥ 2 ans (Nelson)

Candidose buccale (muguet)

Candidose buccale (muguet)
Moniliase oropharyngée (thrush)

- Acquisition de C. Albicans
- Mères porteuses de levures au niveau du vagin, de la vulve ou des intestins qui se déposent sur la peau du bébé
- 2e semaine de vie, plaques blanches, friables, pseudomembraneuses sur une base érythémateuse, langue, palais, muqueuses, joues, gencives

« Muguet »

3 ÉTAPES

Étape 1	Bébé allaité et infecté (Muguet)	Mamelons et aréoles de la mère, sans particularité visible
Étape 2	Mère infectée au niveau des mamelons, aréoles avec symptômes	Bébé infecté au niveau de la bouche
Étape 3	Résistance au traitement	

Mère infectée ⇄ (et / ou) ⇄ Bébé infecté

Muguet chez un bébé allaité

Prise en charge de la mère (mamelons et aréoles infectés?) et du bébé allaité

Aucune douleur au mamelon, aucune fissure, aucune rougeur

Étape 1

Bébé

- Nystatine (suspension)(1) en badigeonnage dans toute la bouche, soit intérieur des joues, lèvres supérieure et inférieure et sur la langue Q.I.D. pour 7 à 14 jours à l'aide d'un coton tige après les tétées
  < 1 an : 100,000 U.
  ≥ 1 an : 200,000 U.

Mère Mamelons ou aréoles sans particularité ?

- Nystatine (nyaderme crème topique 30 g, B.I.D.
- Clotrimazole (Canesten) crème topique 1% B.I.D. durant 7 jours, max. 14 jrs appliquée sur les mamelons et aréoles après les tétées

(1) 1er choix

Si indice d'infection au(x) mamelon(s)

Étape 2

La mère ressent* une douleur au mamelon ou à l'intérieur du sein qui :	À l'inspection :	Muguet chez bébé allaité[1] :
• brûle, plus intensément en fin de tétée; • survient alors que tout allait bien auparavant; • s'installe peu à peu ou s'ajoute à une douleur déjà présente.	• mamelon crevassé ou plus rouge; • aréole rouge, lisse et luisante.	• Nystatine en suspension 100,000 1 ml QID x 7 à 14 jrs (badigeonnage); • Clotrimazole (Canesten) crème 1% BID durant 7 à 14 jours après les tétés.

Quoi faire ?

Lorsque l'infection est limitée au mamelon et à l'aréole, la crème suffira souvent comme traitement :

- Choisissez : Nystatine crème ou Méconazole (Micatin) ou Clotrimazole (Canesten crème)
- Appliquez une mince couche sur le mamelon et l'aréole après chaque tétée pendant 7 jours min. ou Ad 1 semaine sans lésion ni douleur. Ne pas laver ou essuyer avant la tétée.

(1) Peut survenir chez la mère même si bébé n'a pas de muguet visible dans la bouche. Source : Mieux vivre avec notre enfant 2010, p. 388

Si aucune amélioration après 5 jours de traitement

Étape 3

Violet de gentiane pour le bébé (bouche) et la mère (mamelons et aréoles)

C'est quoi ? Une solution aqueuse (de 0,5% à 1 %) en vente libre.

Attention ! Tachant !

Comment et combien de fois doit-on l'appliquer ?

Une fois par jour seulement :

- avant la tétée, badigeonnez la bouche de bébé avec un coton-tige trempé dans le violet de gentiane;
- mettez bébé aux seins; les mamelons et les aréoles seront alors colorés;
- si bébé prend juste un sein ou que vous exprimez votre lait, ajoutez du violet de gentiane sur les mamelons et les aréoles.

Pendant combien de temps ?

La durée du traitement varie de 4 à 7 jours maximum.

- cessez le traitement après 4 jours si :
  - la douleur est complètement disparue;
  - il n'y a aucune amélioration.
- continuez le traitement 3 jours de plus si :
  - la douleur a diminué mais n'a pas complètement disparu après 4 jours.

Attention ! Ça tache !

Faites le traitement de préférence au coucher et utilisez une vieille serviette pour couvrir votre lit. Ouvrez la bouteille dans une couche jetable pour éviter les dégâts. La bouche de bébé sera colorée pendant quelques jours.

Attention !

Le violet de gentiane peut parfois causer de petits ulcères sous la langue de bébé. C'est pourquoi il ne faut pas traiter plus d'une fois par jour, ni pendant plus de 7 jours.

Source : Mieux vivre avec notre enfant 2010, p. 390

(1) Érythème fessier : rougeur et irritation de la peau, dans la région recouverte par la couche de bébé, en lien avec le Muguet

Muguet (suite)

- Infection survenant chez un bébé nourri avec une préparation de lait commerciale
- Nystatin (suspension) en badigeonnage
- Si échec, Clotrimazole (Canesten crème) en application dans la bouche du bébé avec les boires

En cas d'échec au traitement ou Candidose sévère chez la mère et/ou le bébé

Mère :

- Fluconazole (Difflucan) P.O. ou I.V.
  400 mg per os au jour 1 suivi de
  100 mg BID
  pendant un minimum de 14 jours et de 7 jours sans symptôme. L'absence de réponse thérapeutique après 7 à 10 jours doit inciter à reconsidérer le diagnostic.
- Soulager la douleur avec un anti-inflammatoire non stéroïdien au besoin (l'Ibuprofène et le naproxène en courte durée sont compatibles avec l'allaitement).

Candidose invasive (sein(s) chez la mère et/ou le bébé) :

- Amphotéricine ß I.V.

Si échec au traitement :

- Possibilité d'immunodéficience.

Source : Red Book 2009, p. 247-769

Prévention du muguet

- Laver chaque jour à l'eau bouillante les objets qui entrent régulièrement en contact avec la bouche de l'enfant (faire bouillir durant 10 minutes) :
  - Tétines
  - Sucettes
  - Hochets
  - Tire-lait
- Acheter de nouvelles tétines et sucettes quand elles deviennent collantes
- Améliorer la prise du sein pour améliorer le trauma mécanique, s'il y a lieu
- Changer les compresses d'allaitement régulièrement pour éviter de garder les mamelons dans l'humidité(1)
- Éviter d'utiliser votre bouche pour nettoyer une sucette qui est tombée par terre

(1) Guide pratique en allaitement

Érythème intense « rouge vif »

Dermite du siège à Candida

- Candida albicans
- Vésiculopustule ou érythème intense qui s'étend jusqu'au fond des plis de flexion ce qui la différentie de la dermite de contact irritative
- Possibilité de lésions satellites arrondies et parfois de lésions buccales associées

Nystatine crème
Clotrimazole, Canesten, crème
Crème barrière A-Derma
> topique

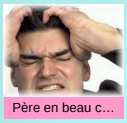
Dermite du siège à Candidose résistante à « tout »

Mère épuisée

Fesses en feu

Factures de pharmacie

Bébé qui pleure


Père en beau c…

Vous êtes la dernière personne ressource

Que faire ? **Comment s'en sortir ?**

Vous sortez l'arsenal « lourd » et le mode d'emploi inclus…

- bleu de méthylène
- doublures de couches
- couches « lâches »
- bain de siège B.I.D.
- exposition à l'air libre

2 à 5 %

Et le miracle vient…
Vous êtes héroïne et héros !

Après 2 à 4 jours…

- peau luisante, indolore
- poursuivre avec un onguent d'oxyde de zinc

Dermite de fesses ou de siège

Dermite « irritative » de siège due aux couches

- Érythème fessier
- Fréquente < 2 ans
- Érythème léger touchant les surfaces convexes de contact avec la couche
- Les espaces intertrigineux épargnés
- Ulcération, érosion, lors de diarrhée ou de prise d'antibiotiques
- Inconfort
- Douleur
- Se complique souvent d'infection fongique
- Forme :
  - Irritative, simple, ++ fréquente
  - friction cause dommage à la couche cornée - humidité : ↑ perméabilité de la peau
  - urines – selles – enzymes → alcalinisation avec PH acide
  - micro-organismes : intégrité de la peau brisée

Siège en W

Dermite irritative - siège (suite)

Traitement

•Oxyde de zinc plus puissant : Désitin 40% puis revenir à une puissance faible (Zincofax 15 % ou générique) après chaque changement de couche
•Parfois un corticoïde de puissance faible (Hydrocortisone à 1 %) B.I.D. durant une courte période
•Parfois surinfection fongique ou bactérienne
•A-Derma, Glaxal Base, Hydrocortisone 1% Nystatin, Bactroban, Fucidin

Prévention et traitement des Dermites de couche:

Oxyde de Zinc, onguent (o) ou crème (c)
Concentration et nom commercial

15 %	18 %	20 %	25 %	37 %	40 %
Infazinc (c) Zincofax (c) (o) Zincofax non parfumé (c) Pâte de zinc Sudacrem (c) Zinaderm (c)	Pur noisetier (o) Pénatens (c)	Personnel (c)	Pâte d'ihle	Désitin (o) Sodacrem (c)	Petite chèvre (o) Zincofax extraforte (c) (o)

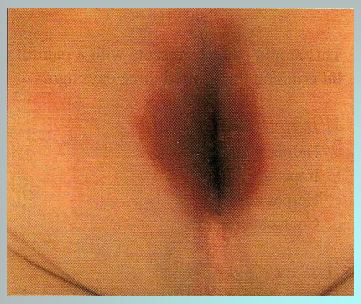
Crème barrière: A-Derma (c), Glaxal base (c), Aveeno (c), autres crèmes hydratantes pour bébé

Que faire ?

Prévention

- Changer la couche de bébé dès qu'elle est mouillée ou sale.
- Laver ses fesses doucement avec une eau tiède qui contient une goutte d'huile d'olive; sécher en épongeant, ne pas frotter; répéter trois ou quatre fois par jour.
- Éviter les couches trop serrées et les culottes de plastique car elles gardent l'humidité et empêchent l'air de circuler.
- Utiliser les doublures de couche jetables.
- Laisser l'enfant les fesses à l'air.
- Les débarbouillettes humides vendues en pharmacie sont irritantes et ne devraient servir que pour dépanner.(1)

(1) Mieux vivre avec notre enfant 2010, p. 517



Dermite anale et péri-anale avec Surinfection S.B.H.A.: Cellulite péri-anale

- Érythème bien délimité et fissure(s) péri-anale(s)
- Plus fréquent si contact avec cas de S.B.H.A.
- Démarcation péri-anale sur 2 à 3 cm autour de la marge anale enfant ‹ 4 ans
- Prurit, douleur, selles avec filament(s) de sang
- Culture
- Antibiotique x 10 à 14 jours (Péné)

En résumé

Chez tout bébé, tôt ou tard, il se passe quelque chose sous la couche, mis à part les petits cadeaux.

Dermite de couche fréquente

- Dermite de couche "irritative", surface convexes, épargne les plis de flexion et donne l'aspect en "W" quand le nourrisson est est examiné allongé sur le dos, cuisses relevées.
- Dermite de couche avec érythème intense rouge vif qui s'étend jusqu'au plis de flexion avec de petites pustules en périphérie "lésion satellites" Candida albicans.
- Dermite de couche érythémato-squameuse avec atteinte des plis, figure, cuir chevelu (dermite séborrhéique).

Résumé (suite)

Dermite de couche disparue

- Dermite érosive de Jacquet (couche de tissus + double couche de plastique)

Dermite de couche rare

- Anite: érythème péri-anale, bien déterminé, fissure(s) anale(s), S.B.H.A.
- Papules arrondies ombiliquées, non prurigueuse, regroupées (molluscums contagiosums)
- Psoriasis, région périnéale
- Histiocytose

Résumé (suite)

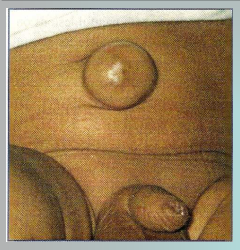
Dermite de couche très rare

- Dermites de couches résistante au traitement, associé à des lésions semblables (éruption cutanée vésiculobulleuse, eczémateuses, squameuses, psoriasiformes, périorales, périnéales, joues, genoux, coudes aux extrémités, parfois associée à diarrhées et alopécie). Il pourrait s'agir d'une défiscience acquise en ZINC (Acrodermatite entréropathica)

Ombilic nombril

- Cordon :
  - blanc
  - nacré
  - sec
  - foncé
  - desséché
- Tombe après 7-20-30 jours
- Cicatrice: peut saigner
- «Nettoyez le tour du cordon ombilical tous les jours, jusqu'à ce que le nombril soit guéri.
- Laver délicatement la région avec un coton-tige (Q-Tip) imbibé d'eau tiède. N'utilisez pas d'alcool car ça retarde la chute du cordon.»(1)
- À l'air, au sec, non recouvert par les couches
- Odeur désagréable parfois

(1) Mieux vivre ... page 186



Hernie ombilicale
Observer et rassurer !

- 4 % chez les blancs
- 40 % chez les noirs et les chinois
- Petits poids, prématurés
- Éliminer : - hypothyroïdie congénitale
  - maladie de Hurler
  - Syndrome de Beckwith-Wiedemann
- Taille varie de quelques mm à 4 ou 5 cm
- Volume augmente si pleure, tousse ou défèque
- Facilement réductible sauf si étranglement : complication
- La plupart disparaissent spontanément < 1 an
  - 85 % < 6 mois
  - majorité < puberté
  - critère de > 2 cm entre 2 à 3 ans

Fermeture incomplète de l'anneau ombilical

Traitement

- Chirurgie habituellement non nécessaire, sauf si persiste > 4 ou 5 ans
- Herniotomie ombilicale
  - si symptomatique
  - si s'incarcère (strangulation) < 2 %
  - si devient plus volumineuse après 1 à 2 ans

Cas

Un bébé fille de 14 jours de vie se présente pour nodule avec écoulement ombilical.

Le cordon est tombé à 7 jours de vie puis par la suite apparition d'une bosse rougeâtre avec ombilic humide.

Bébé âgé de:

22 jours

Polype = chou-fleur
Question ?

Y-a-t-il des tissus de granulation? Oui!

Granulome ombilical

- Polype humide, légère infection ou épithéliation incomplète.
- Persistence de tissu de granulation chez le nouveau-né après la perte du cordon ombilical. 7e, 20e ou 30e jour?
- Tissu mou granuleux rouge ou rose à la base de l'ombilic causant un écoulement séropurulent.
- Survient chez un enfant sur 500 et peut persister pendant au moins 2 mois s'il n'y a pas de traitement.

Granulome ombilical

Traitements

•1er choix (topique): nitrate d'argent à 75% (bâtonnets), à répéter plusieurs fois

•2e choix: ligature de la base du granulome: ischémie, nécrose et amputation en dedans de 7 jours

•Application d'alcool, chlorhexidine

Question

Tous les traitements suivants sont acceptables pour un granulome ombilical sauf:

1.Cauthérisation avec nitrate d'argent (75%)

2.Cryothérapie avec l'azote liquide

3.Ligature de la base du granulome

4.Exérèse chirurgicale sous anesthésie générale. Non

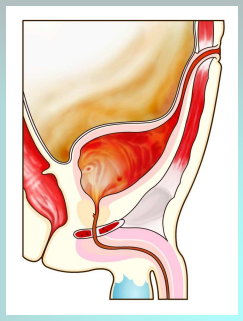
5.Appliquer l'alcool isopropylique ou chlorexidine

Granulome ombilical

Diagnostic différentiel

Vestige de l'ouraque	Vestige du canal omphalo-mésentrique	Masse ombilicale
• Fistule • Sinus • Kyste • Divertitude vésicale	• Polype muqueux • Sinus • Fistule • Kyste	• Tissu pancréatique ectopique • Hernie ombilicale • Polype

Vestige de l'ouraque

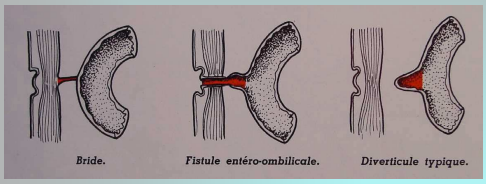


Anomalie de l'ouraque

Sa fermeture est normalement complète à la naissance

- Absence de tissus de granulation, liquide jaunâtre qui persiste
- L'ouraque se développe au dépend du sinus urogénital qui devient la vessie et l'urètre
- L'ouraque devient habituellement un cordon fibreux allant du dôme de la vessie vers l'ombilic
- Une persistence peut causer un diverticule du dôme de la vessie, un kyste, un sinus ou une fistule au niveau de l'ombilic
- Présentations: omphalite, urine par l'ombilic (50%), drainage persistant de l'ombilic, persistence du cordon ombilical, masse suprapubienne (30%)
- Échographie
- Le traitement est chirurgical après que l'infection soit contrôlée

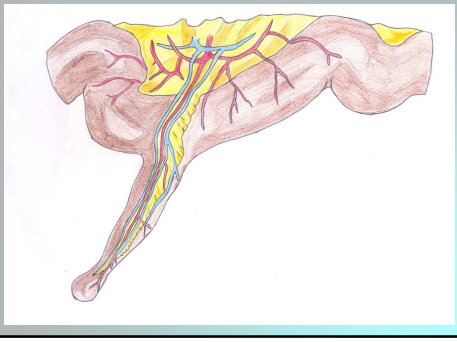
Pathologies du canal omphalo-mésentrique



Anomalies du canal omphalo-mésentrique

- Polype qui ne répond pas au AgNO3
- Le canal omphalo-mésentrique provient du canal vitellin qui communique le petit intestin avec le cordon
- Ce canal disparaît habituellement avant la naissance
- Une persistence peut causer un polype, un sinus, un kyste,un diverticule de Meckel ou une fisture entérique
- Présentations: nodules, écoulement entérique, obstruction intestinale
- Le traitement est la résection chirurgicale

Canal omphalo-mésentrique



Fistule

En résumé

Si le diagnostic le plus probable est:	Le traitement approprié est:
1. Granulome ombilical	Cauthérisation avec nitrate d'argent
2. Kyste de l'ouraque infecté	Résection du kyste sous anesthésie générale avec le dôme de la vessie
3. Omphalite	Antibiothérapie I.V.
4. Persistance du canal omphalo-mésentérique	Résection du canal omphalo-mésentrique
5. Kyste sébacé de l'ombilic	Suture-ligature de la base du granulome

Source: Dr Dickens St-Vil, CHU Sainte-Justine, les creux et les bosses en chirurgie pédiatrique

Omphalite

- Infection bactérienne:
  - Cordon
  - périombilic
- Rare
- Staph. Auréus, Strep. pyogêne, E.C.
- Culture : plusieurs bactéries
- Facteurs de risque : bébé de petit poids, cathétérisme ombilic, rupture prématurée des membranes
- Fièvre ±, rougeur, induration, écoulement purulent de région ombilicale
- Leuco ↑, neutro ↑ ou ↓
- Gram, culture, hémoculture + dans 10 %

Omphalite

- Diagnostic différentiel : dermite irritative
- Traitement :
  - antistaphylococcique, cloxacilline, céphalexine, céfaclor (si minime)
  - surveillance, H et cloxa. + genta. I. V. si s'aggrave
- Potentiellement grave
- Complications : septicémie, bactériémie, choc septique, gangrène de la paroi abdominale
- Pronostic : excellent, si traitement précoce
- Prévention : asepsie – alcool – cordon

Synéchie des petites lèvres

Synéchie des petites lèvres (vulve)
Synéchie vulvaire (adhesionsaf Lobia minora)

- < 6 ans
- Souvent asymptomatique (découverte au hasard de l'examen)
- Parfois associée à une inflammation et à un hypoestrogénisation préadolescente
- Résidu d'urine
- Vulve vaginite récidivante propice aux infections urinaires chez 20 à 40 %
- Traitement :
  - œstrogène topique die le soir durant 1 semaine
  - efficacité > 90 %
  - séparation mécanique si facile (non traumatique)
- Prévention :
  - hygiène vulvaire
  - gelée de pétrole ou oxyde de zinc durant 1 à 2 mois, supervision des parents x 2 ans

Naevus sébacé de Jadassohn : Hamartome sébacé « cuir chevelu »

- Plaque alopécique, jaunâtre, irrégulière et asymptomatique, au cuir chevelu
- Hamarthome composé principalement de cellules provenant des glandes sébacées de la peau
- Cette tumeur bénigne se retrouve habituellement au cuir chevelu et est présente dès la naissance

Quel est le traitement ?

Le naevus sébacé doit être **excisé avant la puberté**, car sous l'effet des hormones sexuelles, plusieurs tumeurs secondaires bénignes (syringocystadénome papillifère, idradénome, syringome, trichilemmome, etc.,) ou malignes (carcinome basocellulaire surtout) peuvent se développer au sein d'un naevus sébacé.

Conclusion

J'avais 2 objectifs :

- Rafraîchir vos connaissances
- Vous aider à rassurer les parents

Avez-vous des questions?

La présentation peut être visualisée sur Internet: www.lesommetavotreportee.qc.ca, click: médecin, formation médicale, pédiatrie, la dermatologie chez les nourrissons

Références

Weston, W.L., Lane, A.T., Morelli, J.G.,
Color Textbook of pediatric, Dermatology second édition.

Zip, C., Singhal, N., *Paediats Child Health*,
Vol. 1, no 1, Summer 1996.

Hardy, P., *La dermatologie chez le nouveau-né*,
Le Médecin du Québec, septembre 1990.

McCuaig, Catherine C., *La dermatologie néonatale : lésion physiologique ou pathologique?*
Le Clinicien, novembre 1992, p. 71

Zitelli, J.Z., Davis, H.W., *Slide Atlas of Pediatric Physical Diagnosis*.

Roy, A.V., *Néonatal-Périnatal*
Médecine, 6e Édition.

Red Book, American Academy of Pediatrics, 2009

Mieux vivre avec notre enfant, 2010, www.inspq.qc.ca/mieuxvivre

Up To DATE

Weber, Dictionnaire thérapeutique pédiatrique

Nelson, textbook of pediatrics